

**Référence courrier :** CODEP-NAN-2024-012256

**Institut de Cancérologie de l'Ouest  
ICO Site de Saint Herblain**

Boulevard Jacques Monot  
44800 Saint-Herblain

Nantes, le 13 mars 2024

**Objet :** Contrôle de la radioprotection  
Lettre de suite de l'inspection du 22 février 2024 sur le thème de la Radioprotection dans le domaine Médical - Radiothérapie externe

**N° dossier :** Inspection n° INSNP-NAN-2024-0727

**Références :** [1] Code de l'environnement, notamment ses articles L. 592-19 et suivants.  
[2] Code de la santé publique, notamment ses articles L. 1333-29 à 31 et R. 1333-166.  
[3] Code du travail, notamment le livre IV de la quatrième partie.

M,

Dans le cadre des attributions de l'Autorité de sûreté nucléaire (ASN) en références concernant le contrôle de la radioprotection, une inspection a eu lieu le 22 février 2024 dans votre établissement, au sein de votre service de radiothérapie.

Je vous communique ci-dessous la synthèse de l'inspection ainsi que les demandes, constats et observations qui en résultent. Ceux relatifs au respect du code du travail relèvent de la responsabilité de l'employeur ou de l'entreprise utilisatrice tandis que ceux relatifs au respect du code de la santé publique relèvent de la responsabilité du titulaire de l'autorisation délivrée par l'ASN.

## SYNTHESE DE L'INSPECTION

L'inspection du 22 février 2024 a permis de vérifier la mise en place des actions d'amélioration suite à l'inspection précédente du 18 janvier 2021 et d'examiner par sondage le respect de l'ensemble des exigences réglementaires et des exigences internes garantissant la qualité et la sécurité des traitements en radiothérapie. Les inspectrices ont également conduit des entretiens avec différentes catégories de travailleurs exerçant au sein du service (hors secrétariat).



À l'issue de cette inspection, il ressort que la qualité et la sécurité des traitements en radiothérapie sont très satisfaisantes. L'inspection a également permis de constater la mise en œuvre effective des engagements pris en réponse aux demandes de la précédente inspection.

Les inspectrices ont constaté que le service de radiothérapie externe de l'ICO - site de Saint Herblain dispose d'un système de gestion de la qualité robuste, efficient, qu'il maintient à jour en particulier avec les évolutions et projets de l'établissement. Elles soulignent l'implication de tous les corps de métiers concernés dans cette démarche, notamment dans le travail de définition et de gestion de l'habilitation pour chaque métier. Elles relèvent également l'implication de l'ingénieur qualité, reconnue par le reste du service. Si le travail de réflexion et de recherche engagé suite à la précédente inspection sur l'analyse des risques *a priori* ne s'est pas encore totalement concrétisé, des améliorations ont été apportées à la cartographie des risques existante, en particulier concernant l'intégration des enseignements tirés des événements qui doit se poursuivre.

Le service dispose d'une forte culture de la sécurité du parcours patients, partagée par tous les acteurs et une grande compétence technique. Les professionnels montrent une maîtrise des processus et procédures de traitement. Les inspectrices soulignent que la compétence technique, la culture de sécurité, mais également la capacité de l'établissement à tirer un retour d'expérience (par exemple dans le cadre de l'installation successive de deux appareils radixact) constituent des facteurs clés dans la gestion et la réalisation des projets (nouveaux appareils, nouvelles techniques, recherches ...) dans cet établissement porteur d'un forte dynamique de projets.

La nouvelle organisation médicale, rendue possible par le recrutement de deux radiothérapeutes, offre une nouvelle dynamique entre praticiens, et participe à renforcer la sécurité des patients. L'informatisation des dossiers patients et l'harmonisation des pratiques médicales sont très abouties.

Le service est en passe de se doter d'un outil de pilotage très fin de son activité, permettant notamment le suivi en temps réels des multiples indicateurs de qualité du parcours patient, et les inspectrices engagent l'établissement à exploiter cet outil comme il l'a prévu, au service de sa dynamique de progrès et d'amélioration continue.

Plusieurs axes d'améliorations ont également été identifiés.

Certains accélérateurs, les plus récents, n'ont pas fait l'objet en 2024 d'un audit externe du contrôle qualité interne, tandis que les audits externes réalisés sur les autres relèvent des non-conformités justifiées mais récurrentes : le travail engagé pour la mise en conformité avec la nouvelle décision fixant les modalités du contrôle qualité interne et du contrôle qualité externe des appareils de radiothérapie par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) du 28 février 2023 doit aussi se fixer pour objectif de corriger ces non-conformités.

Les inspectrices appellent l'établissement à la vigilance concernant la suffisance des moyens octroyés à l'ingénieur qualité pour la gestion du système qualité du site de l'ICO Saint Herblain, face à la charge de travail constatée et à la dynamique de projets de l'établissement.

L'établissement doit également s'interroger sur les moyens mis à disposition de l'équipe de physique médicale dans un contexte d'augmentation de leur activité liée à des facteurs ponctuels (arrivée de deux nouveaux radiothérapeutes par exemple) et contextuels (traitements de plus en plus complexes).



Enfin, les inspectrices invitent l'établissement à poursuivre les réflexions et recherches engagées sur la démarche d'analyse des risques *a priori*, afin de se doter d'un outil répondant aux enjeux de son activité, qui resterait pertinent mais plus agile.

## I. DEMANDES À TRAITER PRIORITAIREMENT

Pas de demande à traiter prioritairement.

## II. AUTRES DEMANDES

### • Organisation de la physique médicale

*Conformément à l'article 4 de la décision n° 2021-DC-0708 de l'Autorité de sûreté nucléaire du 6 avril 2021 fixant les obligations d'assurance de la qualité pour les actes utilisant des rayonnements ionisants réalisés à des fins de prise en charge thérapeutique :*

*I. - Le système de gestion de la qualité est mis en œuvre en application des principes de justification et d'optimisation définis aux articles L. 1333-2, R. 1333-46, R. 1333-57 et R. 1333-62 du code de la santé publique. Il est mis en œuvre par les membres d'une équipe associant toutes les composantes professionnelles, composée, notamment, de personnel médical, paramédical, technique et administratif, qui bénéficie des moyens nécessaires.*

*II. - L'animation et la coordination de la mise en œuvre du système de gestion de la qualité sont confiées à un responsable opérationnel de la qualité. Celui-ci a la formation, la compétence, l'expérience, l'autorité et la responsabilité, et dispose du temps et des ressources nécessaires pour gérer le système mis en place. Il est membre de l'équipe visée au I.*

*III. - Le système de gestion de la qualité inclut un plan décrivant l'organisation de la physique médicale en application de l'arrêté du 19 novembre 2004 susvisé, ainsi qu'un programme d'action visant à l'amélioration de la prévention et de la maîtrise des risques liés à l'exposition aux rayonnements ionisants pour le patient, ainsi que les moyens et les compétences nécessaires à sa réalisation.*

*Ce programme d'action est mis en œuvre par l'équipe visée au I.[..].*

Les inspectrices ont rappelé qu'au regard des données nationales publiées par l'Institut National du Cancer (INCa), les ressources de l'établissement en physique médicale (physicien médical et dosimétristes) restent en deçà de celles des établissements français avec des activités comparables. Ce constat est corroboré par l'évaluation interne faite par l'équipe de physique médicale et présentée dans le plan d'organisation de la physique médicale. Dans la partie consacrée au moyen dédiés aux activités de radiothérapie externe, il est notamment indiqué que l'ensemble des missions assurant la sécurité des soins sont prioritaires, tandis que les missions de recherche et d'enseignement sont allégées, pour mettre en adéquation missions et moyens. Tandis que l'activité en physique médicale s'intensifie graduellement du fait du développement des traitements complexes (ré-irradiation et localisations multiples), l'établissement fait le constat d'une augmentation de l'activité globale suite au recrutement de deux radiothérapeutes supplémentaires. Le responsable de la physique médicale a indiqué qu'une réflexion était en cours pour définir plus précisément les besoins de la physique médicale en fonction de ces évolutions, et les dispositions à prendre en réponse.



**Demande II.1 : Mettre à jour l'évaluation des besoins en radiophysique médicale. Transmettre les conclusions et les solutions organisationnelles et humaines retenues pour assurer l'adéquation entre les missions et les moyens.**

• **Organisation et pilotage de la démarche de qualité – gestion des risques**

*Conformément aux dispositions de l'article 1 de la décision 2021-DC-0708 du 6 avril 2021, le responsable de l'activité nucléaire établit et s'assure qu'un système de gestion de la qualité est mis en œuvre conformément aux exigences de la présente décision. Ce système de gestion de la qualité permet le respect des exigences spécifiées, y compris en cas d'intervention de prestataires externes.*

*Conformément aux dispositions de l'article 3 de la décision 2021-DC-0708 du 6 avril 2021 :*

*I. - Le système de gestion de la qualité est défini et formalisé au regard de l'importance du risque radiologique pour l'exposition aux rayonnements ionisants du patient.*

*Ce système a pour finalités de prévenir et gérer les risques liés aux expositions des patients aux rayonnements ionisants. À cette fin, pour tous les actes utilisant des rayonnements ionisants, les processus permettant de mettre en œuvre les principes de justification et d'optimisation prévus aux articles L. 1333-2, R. 1333-46, R. 1333-57 et R. 1333-62 du code de la santé publique sont maîtrisés.*

*II. - Chaque processus est décliné de façon opérationnelle en procédures et instructions de travail, qui définissent :*

- les tâches susceptibles d'avoir un impact sur la radioprotection des patients, y compris leurs interfaces ou leur séquençement ;*
- les risques liés à leur mise en œuvre ;*
- les professionnels concernés : leurs qualifications, les compétences requises et leurs responsabilités ;*
- les moyens matériels et les ressources humaines alloués ;*
- les exigences spécifiées.*

*Conformément aux dispositions à l'alinéa IV de l'article 4 de la décision n° 2021-DC-0708 de l'ASN du 6 avril 2021, le système de gestion de la qualité, sa mise en œuvre et son efficacité sont évalués selon une fréquence définie, et au minimum une fois tous les deux ans. Les résultats sont communiqués au responsable de l'activité nucléaire. (...).*

Les inspectrices ont consulté dans le système d'assurance de la qualité de l'établissement la liste de ses exigences spécifiées en radiothérapie externe. Le respect de ces exigences spécifiées est assuré par les procédures définies. Des audits internes sont réalisés sur la base d'examen de dossiers patients, mais de façon irrégulière par exemple lors d'accréditation ou de certification. Une revue de direction a également lieu annuellement dans le cadre du processus d'amélioration continue du système de gestion de la qualité. Au cours de cette revue de direction, le système de gestion de la qualité, sa mise en œuvre et son efficacité sont évalués.

Dans le cadre de son accréditation par l'OECI (Organisation of European Cancer Institutes), un important travail d'audit de dossiers patient a été réalisé en 2022 par l'établissement, permettant d'évaluer des indicateurs de performances tels que les différents délais clés du parcours du patient, mais ces résultats n'ont pas pu être consultés lors de l'inspection.



L'établissement a indiqué aux inspectrices vouloir se doter d'un nouvel outil permettant d'améliorer le pilotage de son activité de radiothérapie externe. L'établissement a effectué une démonstration de l'outil numérique en cours de test : il donne accès de manière automatisée au suivi en temps réel des indicateurs de performance du processus de traitement de radiothérapie mais n'est pas encore pleinement fonctionnel. Les inspectrices ont souligné le potentiel de cet outil dans le cadre du processus d'amélioration continue.

**Demande II.2 : Transmettre les résultats des audits de dossiers patients réalisés dans le cadre de l'accréditation OECI concernant les indicateurs de performances, et notamment les délais clés dans le parcours patients en lien avec les exigences spécifiées.**

**Après la mise au point de l'outil de pilotage, indiquer les modalités retenues pour le suivi et l'analyse des indicateurs de suivi de la performance du processus.**

### III. CONSTATS OU OBSERVATIONS N'APPELANT PAS DE RÉPONSE A L'ASN

#### • Ressources en management de la qualité

*Conformément à l'article 4 de la décision 2021-DC-0708 du 6 avril 2021 :*

*I. - Le système de gestion de la qualité est mis en œuvre en application des principes de justification et d'optimisation définis aux articles L. 1333-2, R. 1333-46, R. 1333-57 et R. 1333-62 du code de la santé publique. Il est mis en œuvre par les membres d'une équipe associant toutes les composantes professionnelles, composée, notamment, de personnel médical, paramédical, technique et administratif, qui bénéficie des moyens nécessaires.*

*II. - L'animation et la coordination de la mise en œuvre du système de gestion de la qualité sont confiées à un responsable opérationnel de la qualité. Celui-ci a la formation, la compétence, l'expérience, l'autorité et la responsabilité, et dispose du temps et des ressources nécessaires pour gérer le système mis en place. Il est membre de l'équipe visée au I.*

*III. - Le système de gestion de la qualité inclut un plan décrivant l'organisation de la physique médicale en application de l'arrêté du 19 novembre 2004 susvisé, ainsi qu'un programme d'action visant à l'amélioration de la prévention et de la maîtrise des risques liés à l'exposition aux rayonnements ionisants pour le patient, ainsi que les moyens et les compétences nécessaires à sa réalisation.*

*Ce programme d'action est mis en œuvre par l'équipe visée au I. [..]*

L'ingénieur qualité et gestion des risques dispose de 0,4 ETP pour ses missions de responsable opérationnel de la qualité au sein de l'ICO - site de Saint-Herblain (il dispose également d'un temps dédié pour le site d'Angers). Les inspectrices ont consulté le document tenant lieu de désignation et présentant ses missions, mais ce document ne permet pas d'apprécier si les ressources annoncées sont suffisantes par rapport aux besoins.

Manifestement, le travail engagé par le responsable opérationnel de la qualité, ainsi que celui des autres personnels impliqués, permet d'assurer la gestion du système d'assurance de la qualité, comme en témoigne par exemple le système documentaire, largement à jour, ainsi que le développement d'outils et de fonctionnalités pour répondre aux problématiques identifiées (exemple : nouveaux paramétrages et fonctionnalités au sein du logiciel Bluemedi).

Les inspectrices relèvent néanmoins une charge de travail restant élevée dans le temps, dûe notamment à la dynamique de l'établissement en termes de projet (remplacement d'appareils de radiothérapie, nouvelles techniques, travaux de recherches...) et à un programme d'action dense. Elles s'interrogent donc sur l'adéquation entre les besoins et les ressources octroyées au responsable opérationnel de la qualité, ainsi que les modalités de priorisation entre les missions ou actions.

**Observation III.1 : Il convient que l'établissement s'assure de la suffisance des moyens mis à disposition du responsable opérationnel de la qualité pour gérer le système mis en place et mener à bien les actions prévues dans le programme d'action, et identifie le cas échéant les dispositions nécessaires pour assurer l'adéquation missions-moyens.**

- **Maintenance et contrôles qualité**

*Conformément aux dispositions du code de la santé publique, notamment ses articles R. 5212-25 à R. 5212-35, et de l'arrêté du 3 mars 2003 fixant la liste des dispositifs médicaux soumis à l'obligation de maintenance et au contrôle de qualité, les dispositifs médicaux nécessaires à la définition, la planification et la délivrance des traitements de radiothérapie sont soumis à l'obligation de maintenance et de contrôle qualité interne et externe.*

*Conformément à la décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) du 27 juillet 2007, les installations de radiothérapie externe doivent faire annuellement l'objet d'un audit de la réalisation des contrôles de qualité internes et du contrôle de qualité externe des installations de radiothérapie externe. Les opérations de contrôle de qualité interne doivent être réalisées selon la périodicité et les modalités prévues par la réglementation en vigueur.*

*La décision de l'ANSM du 28 février 2023 fixant les modalités du contrôle de qualité des installations de radiothérapie externe et de radiochirurgie devient applicable 12 mois après sa publication.*

*L'article 4 précise que la décision du 27 juillet 2007 fixant les modalités du contrôle de qualité interne des installations de radiothérapie externe est abrogée 12 mois après la publication de la présente décision.*

*L'article 5 précise que la décision du 27 juillet 2007 fixant les modalités du contrôle de qualité externe des installations de radiothérapie externe est abrogée 24 mois après la publication de la présente décision.*

Le rapport d'audit externe des contrôles de qualité internes fait état de plusieurs non-conformités sur les différents accélérateurs. Ces non-conformités portent sur le non-respect des modalités fixées par la décision de l'ANSM du 27 juillet 2007 sur les contrôles de qualité internes en radiothérapie, qui font l'objet d'une déclaration à l'ANSM. Ces non conformités sont justifiées en interne et n'appellent pas, d'après les éléments transmis par l'établissement, à une remise en conformité.

Une partie des accélérateurs – dédiées à la radiothérapie RCMI/VMAT ou appareils de tomothérapie – n'entrent pas dans le champ de l'audit externe conformément à la [mise au point de l'ANSM relativement à la décision du 27 juillet 20007](#). Les contrôles qualité interne de ces appareils sont réalisés par l'équipe de physique médicale selon les modalités fixées.

L'ANSM a publié le 28 février 2023 une nouvelle décision qui modifie les modalités de contrôle qualité des accélérateurs. Les médecins médicaux ont déclaré que la prise en compte de ce nouveau texte qui rentre en application au mois de février 2024 était engagée.

**Observation III.2 : Il est de la responsabilité de l'établissement de se mettre en conformité avec la décision ANSM du 28 février 2023 dans les délais impartis.**

**• Analyse des risques a priori encourus par les patients**

*Conformément aux dispositions de l'article 6 de la décision 2021-DC-0708 du 6 avril 2021 :*

*I. - Le système de gestion de la qualité prévoit une analyse a priori des risques encourus par les patients lors de leur prise en charge thérapeutique utilisant les rayonnements ionisants. Cette analyse est conduite par l'équipe visée au I de l'article 4, avec un représentant de chaque catégorie professionnelle concernée. Les risques étudiés portent notamment sur les risques pouvant aboutir à une erreur d'identité, une erreur de volumes irradiés, de médicament radiopharmaceutique, de dose, d'activité administrée ou de modalités d'administration et prennent en compte l'utilisation des différents dispositifs médicaux.*

*II. - Pour chaque risque identifié, des barrières de sécurité d'ordre matériel, humain ou organisationnel sont définies, afin de mettre en place des actions appropriées pour réduire leur probabilité ou leurs conséquences. Ne sont pas pris en compte les risques d'effets secondaires éventuels, quel que soit le grade de ces effets, résultant d'une stratégie concertée entre le praticien et le patient au regard des bénéfices escomptés du traitement.*

*Les actions qui sont retenues sont intégrées au programme d'action prévu à l'article 4. Leur mise en œuvre est priorisée en fonction des risques associés, issue de l'analyse effectuée.*

*Conformément au point I de l'article 3 de la décision ASN susvisée, le système de gestion de la qualité est défini et formalisé au regard de l'importance du risque radiologique pour l'exposition aux rayonnements ionisants du patient. Ce système a pour finalités de prévenir et gérer les risques liés aux expositions des patients aux rayonnements ionisants.*

*Conformément au point III de l'article 11 de la décision ASN susvisée, le système de gestion de la qualité formalise [...] les modalités de sélection de événements qui doivent faire l'objet d'une analyse systémique.*

*Conformément au point IV de l'article 11 de la décision ASN susvisée, pour chaque événement sélectionné pour une analyse systémique, lorsque des actions potentielles d'amélioration ne sont pas retenues, les raisons en sont précisées et consignées. Les enseignements issus de l'événement analysé sont intégrés à l'analyse des risques a priori.*

*Conformément au point V de l'article 12 de la décision ASN susvisée, les actions retenues sont intégrées dans le programme d'action mentionné à l'article 4 de la présente décision et leur efficacité est évaluée.*

La démarche retenue par l'ICO - site de Saint Herblain pour cartographier les risques aboutit à une segmentation très fine et très précise des risques dans l'analyse *a priori* : chaque sous-étape du processus de traitement a été étudiée pour chaque technique de traitement, les risques inhérents sont identifiés et traités, les risques sont déclinés et distingués pour chaque métier. La liste des risques, en reflet des modes opératoires formalisés par l'établissement, ne permet néanmoins pas d'envisager globalement un mode de défaillance, telle que l'erreur de latéralité. Elle ne permet pas non plus d'intégrer directement de façon systématique des enseignements tirés des événements indésirables et du retour d'expérience en général. Son maintien à jour représente ainsi une charge de travail importante et peut se révéler complexe. Un constat portant sur l'analyse *a priori* des risques était ainsi porté dans la lettre de suite de la précédente inspection. Pour répondre à cette problématique, une réflexion a été engagée pour faire évoluer l'analyse des risques *a priori*, mais les recherches de l'établissement, bien





que consciencieuses, n'ont pas permis, à ce jour, d'identifier une démarche considérée satisfaisante et adaptée.

Ainsi, l'analyse des risques *a priori* consultée par les inspectrices provient de la mise à jour de la précédente. Elle intègre notamment les nouvelles activités (nouveaux appareils de radiothérapie et nouvelles techniques employées). D'autre part, la distinction entre les différents types de barrière a également été entreprise, facilitant leur réévaluation. Enfin, l'articulation entre l'analyse des risques *a priori* et les retours d'expérience *a posteriori* fait l'objet d'un travail spécifique par le responsable de la qualité, pour améliorer l'intégration des enseignements issus des événements analysés dans l'analyse *a priori* des risques. Les inspectrices ont noté que les outils numériques de déclaration et de traitements des événements indésirables ne permettent pas d'automatiser la correspondance entre un événement et un mode de défaillance identifié dans l'analyse des risques.

Les inspectrices ont souligné la bonne culture de déclaration des événements indésirables (EI) en radiothérapie et la mise en place régulière de comités de retour d'expérience (CREX) pluridisciplinaires. L'établissement a défini et met en œuvre des critères pour sélectionner les événements pour lesquels une analyse systémique des causes profondes est réalisée, des actions d'amélioration sont proposées et intégrées au programme d'action. Suite à la dernière inspection, les inspectrices ont constaté que le suivi des actions d'améliorations retenues a été formalisé, en particulier que les modalités d'évaluation de leur efficacité ont été définies et que ce suivi est tracé sous l'outil Bluemedi.

Les inspectrices relèvent donc que l'établissement a mis en place plusieurs actions permettant d'améliorer la mise à jour de l'analyse des risques, notamment l'intégration du retour d'expérience des événements, ainsi que l'évaluation des actions d'amélioration retenues. Néanmoins, concernant la cartographie des risques, dans un établissement aussi innovant, la réflexion pour se doter d'un outil plus performant (plus agile et plus efficient), mérite d'être poursuivie.

### **Observation III.3 :**

**Il convient de poursuivre les travaux engagés pour intégrer les enseignements issus des événements indésirables, qu'ils soient internes à l'établissement ou externes, dans la cartographie des risques.**

**Il convient également de poursuivre les réflexions sur l'analyse *a priori* des risques, afin de pouvoir disposer à terme d'un outil plus efficient pour accompagner une activité de traitement toujours en évolution.**

\*

\* \*

Vous voudrez bien me faire part, **sous deux mois**, et **selon les modalités d'envois figurant ci-dessous**, de vos remarques et observations, ainsi que des dispositions que vous prendrez pour remédier aux constatations susmentionnées. Pour les engagements que vous prendriez, je vous demande de les identifier clairement et d'en préciser, pour chacun, l'échéance de réalisation.





Je vous rappelle par ailleurs qu'il est de votre responsabilité de traiter l'intégralité des constatations effectuées par les inspecteurs, y compris celles n'ayant pas fait l'objet de demandes formelles.

Enfin, conformément à la démarche de transparence et d'information du public instituée par les dispositions de l'article L. 125-13 du code de l'environnement, je vous informe que le présent courrier sera mis en ligne sur le site Internet de l'ASN ([www.asn.fr](http://www.asn.fr)).

Je vous prie d'agréer, M, l'assurance de ma considération distinguée.

L'adjointe la cheffe de la division

Signé par

**Marine COLIN**

**Modalités d'envoi à l'ASN :** Les envois électroniques sont à privilégier.

Envoi électronique d'une taille totale supérieure à 5 Mo : les documents, regroupés si possible dans une archive (zip, rar...), sont à déposer à l'adresse <https://francetransfert.numerique.gouv.fr/upload>, où vous renseignerez l'adresse courriel de votre interlocuteur, qui figure en en-tête de la première page de ce courrier, ainsi que l'adresse mail de la boîte fonctionnelle de l'entité, qui figure au pied de la première page de ce courrier. Un mail automatique vous sera envoyé ainsi qu'aux deux adresses susmentionnées.

Envoi électronique d'une taille totale inférieure à 5 Mo : à adresser à l'adresse courriel de votre interlocuteur, qui figure en en-tête de la première page de ce courrier, ainsi qu'à la boîte fonctionnelle de l'entité, qui figure au pied de la première page de ce courrier.

Envoi postal : à adresser à l'adresse indiquée au pied de la première page de ce courrier, à l'attention de votre interlocuteur (figurant en en-tête de la première page).